

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 12 décembre 1901, à 1 heure

PAR

L. RONGIER

L'ANÉMIE

DES

NOURRISSONS DYSPEPTIQUES

Président : M. BUDIN, Professeur.

*Juges : MM. { CHANTEMESSE, Professeur.
BONNAIRE, Agrégé.
ACHARD, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

C. NAUD, Éditeur

3, RUE RACINE, 3

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 12 décembre 1901, à 1 heure

PAR

L. RONGIER

L'ANÉMIE

DES

NOURRISSONS DYSPEPTIQUES

Président : M. BUDIN, Professeur.

*Juges : MM. { CHANTEMESSE, Professeur.
DONNAIRE, Agrégé.
ACHARD, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

C. NAUD, Éditeur

3, RUE RACINE, 3

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. DEBOVE.
Professeurs.....	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GABRIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	BERGER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	N.....
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	DEJERINE.
	CHANTERMESSE.
	DEBOVE.
Clinique médicale.....	LANDOUZY.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	JOFFROY.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.....	TERRIER.
	DUPLAY.
Clinique ophthalmologique.....	LE DENTU.
Clinique des voies urinaires.....	TILLAUX.
Clinique d'accouchements.....	D ^r LAPERSONNE.
	GUYON.
	PINARD.
	BUDIN.

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEGUEU.	THIROLOIX.
AUVRAY.	FAURE.	LEGRY.	THOINOT.
BEZANÇON.	GILLES DE LA	LEPAGE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	TOURETTE.	MARION.	VARNIER.
BROCA Auguste.	GOSSET.	MAUCLAIRE.	WALLICH.
BROCA André.	GOUJET.	MERY.	WALTHER.
CHARRIN.	GUIART.	POTOCKI.	WIDAL.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	RENON.	WURTZ.
CUNEO.	JEANSELME.	RICHAUD.	
DEMELIN.	LANGLOIS.	TEISSIER.	
DESGREZ.	LAUNOIS.	THIERY.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1733, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

HOMMAGE DE RECONNAISSANCE

A MON PARRAIN BIEN AFFECTIONNÉ

LE DOCTEUR RAMOND

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

Membre de l'Académie de Médecine

M. le docteur Comby, médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades a publié en juin 1900, dans les Archives de Médecine des Enfants une étude sur l'anémie des nourrissons dyspeptiques. C'est à cette étude que nous empruntons les éléments principaux de cette thèse.

M. Comby a bien voulu d'ailleurs, nous aider de ses conseils et nous fournir un certain nombre d'observations personnelles. Nous lui adressons nos plus sincères remerciements, ainsi que l'expression de notre reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a témoignée depuis un an que nous sommes élève de son service.

INTRODUCTION

Il existe chez le nourrisson une anémie très fréquente dont l'étiologie diffère de celle des variétés d'anémie qu'on rencontre le plus souvent chez l'adulte : anémie essentielle, syphilitique, tuberculeuse, palustre, c'est l'anémie qui résulte de troubles dyspeptiques provoqués par une alimentation vicieuse.

Ce n'est pas à dire que la tuberculose, la syphilis, le paludisme ne puissent engendrer chez le nourrisson l'anémie qu'il est aisé de constater dans des conditions semblables chez l'adulte, mais elle est chez lui moins fréquente et moins indissolublement liée à ces infections spécifiques.

S'il s'agit de tuberculose, la rareté de l'anémie s'explique par ce fait, que la tuberculose de la première enfance affectant rarement la forme chronique, on n'a pas l'occasion de voir chez le nourrisson, cette pâleur si caractéristique de l'adulte, atteint d'une affection bacillaire à évolution lente, qui procède du tubercule à la caverne en passant par toutes les phases intermédiaires. La tuberculose du nourrisson apparaît plus souvent sous une forme aiguë : broncho-pneumonie tuberculeuse, granulie, méningite, et le petit malade qui succombe présentait parfois avant sa maladie, une mine florissante, pléthorique même plutôt qu'anémique.

Quant à l'anémie syphilitique du nourrisson, elle ne comporte pas la pâleur cireuse de l'anémie banale mais plutôt avec un aspect parcheminé de la peau, un teint bistré si caractéristique, qu'il suffit souvent lui seul à faire porter le diagnostic d'une syphilis fruste ne se révélant par aucune autre manifestation. D'autre part, la syphilis n'entraîne pas nécessairement l'anémie et un enfant très nettement syphilitique, s'il est bien nourri et traité, y échappera le plus souvent.

Si un nourrisson est au contraire mal nourri, qu'il digère mal, s'il est dyspeptique, l'anémie est pour ainsi dire fatale. De même que les convulsions, la tétanie, les spasmes de la glotte, l'athrepsie, répondent aux formes graves de l'intoxication gastro-intestinale, l'anémie est le reflet d'une forme atténuée et curable.

C'est cette anémie que nous allons décrire après en avoir cité plusieurs observations dont les trois premières sont dues à la bienveillance de M. le docteur Comby.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Le 27 juillet, je suis appelé à voir à Villiers le Bel, avec le docteur Branthomme un petit garçon de deux ans profondément anémique, Parents bien portants mais sujets à l'urticaire. Deux frères bien portants. Né à terme, l'enfant a été nourri au sein par la mère jusqu'à 9 mois ; se trouvant enceinte de quatre mois elle a été obligée de le sevrer prématurément.

A partir du sevrage, fréquentes poussées d'urticaire, il y a un an au moment des chaleurs, gastro-entérite grave. Enfant toujours pâle, mauvaise mine depuis le sevrage.

Abus du lait, il prend 1 litre 1/2 à 2 litres de lait par jour sans compter d'autres aliments. Géophagie. Dentition très en retard. Onze dents seulement. Cependant la fontanelle est fermée, pas de déformation rachitique des membres, pas de chapelet costal, l'enfant a marché de bonne heure.

Il y a 3 jours fièvre de 40° à la suite d'une dose de 20 centigrammes de calomel, hier et aujourd'hui 38. 5 et 38. 2, constipation.

La vessie depuis deux jours est distendue, remonte à l'ombilic, l'enfant n'urine que par regorgement. Il ne peut actuellement se tenir debout, quoiqu'il ait marché

de bonne heure et très bien jusqu'à ces derniers jours.

Paresie des membres inférieurs, abolition du réflexe rotulien.

Etat actuel.—Pâleur notable de la peau et des muqueuses, anémie évidente, facies de chlorotique. Le corps est couvert d'éléments urticariens déchirés par les grattages. Tête libre, yeux vifs, pas de raideur de la nuque, pas de raie méningitique.

Respiration régulière, pouls régulier. Rien à l'auscultation. Pas d'hypertrophie de la rate, le foie déborde un peu les fausses côtes. Langue un peu saburale, ventre gros, saillie visible de la vessie qui remonte jusqu'à l'ombilic.

Prescriptions. Bains de tilleul à 36° pendant 15 à 20 minutes deux fois par jour, compresses froides sur le ventre, lavements froids, poudres laxatives et antiseptiques ; benzonaphtol, magnésie, bicarbonate de soude, noix vomique, protoxalate de fer. En résumé anémie ancienne résultant d'une mauvaise alimentation (abus du lait) urticaire à répétition et plus récemment état infectieux ayant déterminé une parésie vésicale et une impotence des membres inférieurs.

Suite. — La parésie vésicale a disparu rapidement mais les membres inférieurs sont restés impotents. Bientôt il est devenu évident qu'on était en présence d'une poliomyélite antérieure aiguë.

L'enfant a été électrisé, les mouvements ont réapparu peu à peu dans la plupart des groupes musculaires. Mais l'enfant ne peut marcher seul et il est à craindre que quelques muscles ne s'atrophient. Nous n'avons plus affaire à l'anémie aujourd'hui guérie, mais à une complication fortuite.

OBSERVATION II

11 juin 1901. — Vu dans mon cabinet un petit garçon de 25 mois d'une pâleur effrayante.

Parents bien portants ; pas d'autre enfant. Né à terme (poids 8 livres $1/2$) l'enfant a d'abord été au sein maternel, mais il dépérissait, la mère n'ayant pas de lait, et on l'a mis au biberon (Lait stérilisé à domicile). Lait coupé d'abord, puis pur (1 litre, 1 litre $1/2$ par jour). Premières dents vers 9 mois. A marché à 18 mois, actuellement 16 dents. Jusqu'à 6 mois l'enfant avait un teint superbe et était très beau, à partir de cet âge, il a pâli.

Constipation habituelle et opiniâtre, de temps à autre poussées de fièvre, survenant le matin, durant 2 à 3 jours. Il y a quelques jours à la suite de lavement évacuateur, on a trouvé du sable rouge dans les matières. Poussées fréquentes d'urticaire et vives démangeaisons.

Etat actuel :— Enfant assez grand, ayant assez d'embonpoint, marchant avec assurance. Les membres sont droits, pas de trace de rachitisme ; fontanelle fermée. On est frappé de la pâleur du visage. Aspect de chlorotique. Muqueuses oculaires, buccales absolument décolorées. Souffle continu à redoublement dans les vaisseaux du cou. Souffle systolique à la base du cœur. Le ventre est moyennement développé, clapotage gastrique jusqu'à l'ombilic. Foie et rate non augmentés de volume. On sent des scybales dans l'S iliaque. L'enfant ne mange pas, il continue à prendre un litre et demi de lait, parfois il daigne accepter quelques cuillerées de racahout.

Prescriptions. — Bains salés, trois fois par semaine, frictions excitantes matin et soir ; séjour à la campagne ou à la mer.

Paquets matin et soir avec :

Bicarbonate de soude.....	}aa 0,15 centigr.
Magnésie.....	
Pancréatine.....	}aa 0,10 centigr.
Glycéro-phosphate de chaux.. ..	
Protoxalate de fer	2 centigr.
Poudre de noix vomique..... ..	1 centigr.

Pour un paquet n° 10.

Quantité de lait réduite à un demi-litre, un peu d'eau d'Evian ou d'Alet. Pain grillé, potages épais, purées, pâtes, œufs, fruits cuits, etc.

OBSERVATION III

Garçon de 26 mois. Anémie excessive. Lait stérilisé puis mauvaises nourrices. Abus du lait après le sevrage.

Le 6 juillet 1901, on me conduit un petit garçon de 26 mois, de parents bien portants. Né à terme, cet enfant a eu d'abord le biberon (lait stérilisé). Comme il a la diarrhée on lui donne une nourrice, celle-ci étant mauvaise on la change, on en donne une troisième. Pendant 8 mois l'enfant a eu presque constamment la diarrhée. Dents en retard, marche retardée, parole également retardée (il ne dit pas un mot à l'heure actuelle). Cependant les membres sont droits, la fontanelle est fermée, les chairs sont

assez abondantes et fermes, il n'y a pas de déformations rachitiques. Ce qui frappe surtout c'est la pâleur de la peau et des muqueuses: l'enfant est blanc, les muqueuses buccales et oculaires sont décolorées, l'anémie est frappante. L'auscultation des vaisseaux du cou, donne un souffle continu avec redoublement. On entend également un souffle systolique à la base du cœur.

Le ventre est modérément distendu, sans qu'on puisse obtenir le clapotage gastrique. Pas de signe d'augmentation de volume de la rate et du foie. Nombre des dents, 16. L'enfant n'a pas d'appétit, il boit seulement un litre et demi de lait stérilisé par jour. Il a une constipation habituelle.

Traitement. Un demi-litre de lait par jour, un peu d'eau d'Evian en supplément. Quatre petits repas, composés de potages épais, pâtes alimentaires, purées de légumes, fruits cuits. Bains salés, frictions; poudre composée de bicarbonate de soude, magnésie, protoxalate de fer (3 centigrammes deux fois par jour.) Noix vomique (5 milligrammes 2 fois par jour).

L'enfant va passer deux mois à Berck.

OBSERVATION IV

Le 4 mai 1901 : Charlotte C..., 18 mois est présentée à M. le docteur Comby. Parents bien portants, nourrie au biberon jusqu'à 11 mois à la campagne. La mère ne peut fournir aucun renseignement sur la manière dont on l'alimentait. Depuis l'âge de 11 mois, elle est soignée par ses parents.

Elle prend un litre et demi de lait par jour, et deux œufs ; jamais de viande, de vin, ni de café. Elle fait environ cinq repas réguliers, dans l'intervalle desquels la mère donne à volonté du lait, chaque fois que l'enfant a soif.

Depuis son retour de nourrice, l'enfant est d'une extrême pâleur, très faible, se tient debout mais marche difficilement. Elle est constipée et présente deux ou trois fois par semaine des vomissements qui suivent de près l'ingestion des aliments. Cependant elle ne dépérit pas, elle a suffisamment d'embonpoint. Son état général est bon.

Le poids actuel est de 8 kilogr. 750.

L'examen du sang fait le 4^{er} mai a révélé les chiffres suivants :

Globules rouges.....	1.800.000
blancs.....	8.800
Rapport : Globules blancs	1
Globules rouges	202

Le traitement arsenical avait été institué le 13 avril, la liqueur de Fowler administrée à la dose de 11 gouttes par jour, mais sans résultat.

Le 4 mai, l'enfant est envoyé à M. le docteur Comby, qui applique le traitement de la dyspepsie et de l'anémie et dicte les prescriptions suivantes :

1^o Réduire la quantité de lait à un demi-litre par jour.

2^o Donner quatre repas dans la journée (composés des aliments indiqués dans les précédentes observations).

3^o Faire matin et soir pendant cinq minutes des frictions sur tout le corps avec du

Liniment de Rosen.

4° Prendre deux fois par jour avant le repas dans une cuillerée à café de lait ou d'eau sucrée un paquet contenant :

Bicarbonate de soude.....	{ aa 0,20
Magnésie calcinée.....	
Glycéro-phosphate de chaux :	0,10
Protoxalate de fer.....	0,03
Poudre de noix vomique.....	0,005 milligr.

Pour un paquet n° 14.

Suspendre une semaine avant de recommencer.

OBSERVATION V

André D... deux ans, entré le 18 juin 1901 à l'hôpital des enfants. Né à terme, nourri au biberon, n'a jamais pris le sein. Premières dents à onze mois, ne marche pas, n'a jamais marché.

Nourri au biberon par la mère. Lait stérilisé exclusivement, pas d'aliments solides d'aucune sorte, pas de vin, pas de café, pas d'alcool, biberon simple sans tube, un litre au total pour la journée, en 6 tétées, un demi-litre la nuit en deux tétées. A un an l'enfant est envoyé en nourrice à la campagne, on lui donne du lait de chèvre bouilli, dans un biberon simple, à des intervalles réguliers, il ne prend aucun autre aliment.

Etat actuel. — Enfant maigre, taille au-dessous de la moyenne. Les téguments des membres et du tronc sont pâles, les conjonctives et les lèvres décolorées. Ventre énorme, chapelet costal. Fontanelle bregmatique non fermée, thorax évasé.

Constipation. Dans la fosse iliaque droite et l'hypogastre on sent des masses dures et isolées, constituées par des scybales.

Le foie déborde légèrement les fausses côtes, rate normale.

Souffle continu avec redoublement dans les vaisseaux du cou.

Traitement. — Deux bains salés par semaine. Lavage intestinal. Deux fois par jour, paquets de poudres eupeptiques, avec protoxalate de fer, deux centigrammes.

Le 22 Juin. — La numération des globules donne un chiffre de 2.500.000 ; pas de leucocytose, nombreuses déformations globulaires, globules piriformes, nains.

Le 22 août. — L'enfant sort guéri.

OBSERVATION VI

Odette C. 15 mois est présentée à la consultation de l'Hôpital des enfants le 25 Juin 1901. Parents bien portants l'enfant est née à terme, nourrie au sein jusqu'à 14 mois, premières dents à 10 mois. Ne marche pas encore.

Depuis la naissance, le sein est pris régulièrement, on le donne jusqu'à 15 fois par jour sans compter 4 ou 5 tétées la nuit. L'allaitement naturel est exclusif jusqu'à 8 mois.

A cet âge l'enfant prend deux soupes par jour et un œuf. Le sevrage a été mal supporté. L'enfant depuis cette époque a maigri un peu et s'est anémiée, actuellement elle présente un embonpoint suffisant, l'anémie est moyenne, les muqueuses de l'œil, des lèvres, des gencives sont pâles mais à un degré peu prononcé, il n'y a ni hépatomégalie ni hypertrophie de la rate,

Cependant l'asthénie gastrique est accusée car l'enfant, outre la difficulté habituelle des digestions, vomit le matin, des aliments qu'elle a pris la veille.

OBSERVATION VII

Tiré du mémoire publié par M. le docteur Comby dans « Les archives de médecine des enfants » juin 1900.

C..., Gabrielle, âgée de vingt mois, entre à l'Hôpital des enfants malades le 25 novembre 1898. Parents bien portants, née à terme la fillette a été nourrie au sein par sa mère jusqu'à 18 mois, elle a été sevrée brusquement il y a deux mois, elle ne marche pas encore, pas de maladie antérieure. Alimentation peu réglée. Lait bouilli mal digéré, potages. Pâleur de la face, avec teinte jaune depuis quatre ou cinq jours. Il y a eu en effet un peu d'ictère, mais il est très léger. Ce qui domine, c'est l'anémie caractérisée par une pâleur excessive des téguments et des muqueuses, par la faiblesse, l'anorexie, pas de diarrhée, ni constipation, selles à peu près normales, pas de vomissements, l'enfant est abattue, amaigrie, cachectisée avec chapelet costal rachitique. Le ventre est volumineux mais souple, le foie dépasse les fausses côtes de trois travers de doigt, il est lisse et non douloureux à la pression. La rate dépasse aussi les fausses côtes et est facilement sentie au palper. Langue saburale. Souffle continu avec redoublement dans les vaisseaux du cou, léger souffle systolique à la base du cœur, rien à l'auscultation des poumons. En somme léger ictère catarrhal. Anémie excessive avec *hépato et spléno-mégalie*. La température est de 38° 4 le soir de l'entrée à l'hôpital, elle oscille entre 37° 5 et 38°

pendant quatre jours. La numération des globules faite par M. Metetal, interne du service, a donné 2.716, 000 hématies par millimètre cube, sans excès de globules blancs.

Traitement.—3 centigrammes de calomel par jour en trois prises espacées, lait stérilisé, lavement avec 250 gr. d'eau bouillie froide une fois par jour, bain tiède avec 50 gramme de carbonate de soude. Le 19 novembre, la fièvre étant tombée et l'ictère n'existant plus, on remplace le calomel par les paquets suivants à prendre dans une cuillerée de lait.

Bicarbonate de soude....	} aa 0,15
Magnésie calcinée.....	
Benzonaphtol.....	
Protoxalate de fer	0,02 centigr.
Poudre de noix vomique :	0,005 milligr.

Pour un paquet. En prendre deux par jour.

Le 23 novembre, une seconde numération montre 3.641.000 globules rouges, soit près d'un million de plus que le premier jour.

L'enfant va mieux, elle est plus vivace, elle a plus d'appétit, son foie et sa rate ont diminué de volume.

Le 1^{er} décembre, injection sous-cutanée, d'une solution contenant par centimètre cube.

Chlorure de fer	} a 0,01 centigr.
Quinine	

Le 10 décembre, l'examen du sang, donne 4.676.000 globules rouges, soit un gain de deux millions en 25 jours, l'enfant va beaucoup mieux, elle engraisse, la splénomégalie a disparu, le foie reste un peu gros. Plus de souffle au cou. Sortie en voie de guérison le 15 décembre.

En résumé, cas d'anémie grave en apparence, qui par le séjour à l'hôpital, par une bonne hygiène alimentaire avec antisepsie intestinale, a guéri rapidement. Quoique l'anémie se fût accompagnée d'une hypertrophie considérable du foie et de la rate, elle portait uniquement sur les globules rouges, il n'y avait pas de leucocytose.

OBSERVATION VIII

(Due à la bienveillance de M. le docteur Comby).

Anémie excessive par mauvaise alimentation chez un nouveau-né.

Fillette née en octobre 1901. Dans des conditions normales, à terme, sans intervention. La mère qui en est à son troisième accouchement n'a pas pu mener à bien l'allaitement de ses autres enfants. C'est une femme de souche arthritique ayant très peu de lait, père arthritique (asthme).

Les deux sœurs aînées ont été anémiques dans leur première enfance par excès de régime lacté au moment du sevrage.

Pendant les premiers jours l'enfant a tété sa mère et a reçu des biberons de lait stérilisé largement coupé d'eau. Elle n'a pas maigri sous l'influence de ce régime, mais elle est devenue d'une pâleur excessive.

En même temps ses mouvements ont perdu de leur agilité, ses cris de leur énergie et au 8^e jour elle avait l'air d'un petit cadavre.

C'est à ce moment que je la vis, je fus frappé de sa pâleur cireuse, de la décoloration absolue de ses mu-

queuses ; l'anémie portée à un degré extrême contrastait avec la conservation de la chaleur du corps, ($37^{\circ} 2$) dans le rectum. Pas d'hémorrhagie ombilicale, intestinale ou stomacale. Selles assez bonnes, pas d'entérite à proprement parler. Je dois dire pourtant que les selles étaient mal liées et souvent verdâtres, mais elles n'étaient pas très fréquentes, ni très fétides, ni liquides. Urines normales. En présence de cet état je jugeai qu'il était imprudent de continuer l'allaitement mixte et on se mit à la recherche d'une nourrice. En attendant je fis une injection sous-cutanée de 25 centimètres cubes de sérum artificiel et je prescrivis des inhalations d'oxygène répétées toutes les heures.

Le pouls de l'enfant était normal (140 par minute) mais la respiration présentait une accélération tout à fait extraordinaire, j'ai compté 120 respirations par minute et cela pendant plusieurs jours consécutifs. L'auscultation des poumons répétée tous les jours, n'a jamais fait entendre le moindre bruit anormal.

L'air pénétrait partout (pas d'atélectasie) pas d'état fœtal.

Sous l'influence de l'allaitement naturel exclusif, institué vers le 12^e jour de la naissance (50 gr. toutes les deux heures) peu à peu l'enfant a repris des forces.

Bientôt le chiffre des respirations, s'est abaissé à 60 par minute, puis à 40 et enfin à 30.

La coloration des téguments et des muqueuses a peu varié pendant les premiers jours du traitement ; mais à l'âge de un mois les lèvres et les conjonctives, présentaient une teinte rosée et on pouvait compter sur la guérison absolue de l'anémie. L'enfant à ce moment, prenait

au sein de sa nourrice 600 gr. de lait, répartis en 7 à 8 têtées par 24 heures.

L'anémie excessive présentée par cette enfant nouveau-née est certainement d'ordre digestif. L'enfant n'est pas née anémique, elle avait son teint normal à la naissance. Sous l'influence d'un allaitement mixte insuffisant ou mal toléré, elle a pu tomber en huit jours (non pas dans l'athrepsie car elle avait conservé son embonpoint), mais dans une anémie qui généralement exige de longs mois pour se produire. L'enfant avait l'air exsangue, saignée à blanc; toutefois elle n'avait pas perdu de sang, il n'y avait eu ni omphallorragie, ni melæna, ni hématomé.

Reste donc comme unique cause, la dyspepsie.

La polypnée s'explique sans doute par l'anoxémie qui obligeait l'enfant à faire d'autant plus de mouvements respiratoires qu'elle avait moins de globules rouges pour absorber l'oxygène de l'air. Les inhalations d'oxygène faites ici régulièrement d'abord vingt fois, puis dix à douze fois par jour, pendant deux semaines, semblent avoir joué un rôle très salulaire.

Indépendamment de la cause provocatrice signalée plus haut (insuffisance alimentaire ou dyspepsie), ne pourrait-on pas invoquer une prédisposition héréditaire ou familiale? Les parents sans doute ne sont pas anémiques. La mère a des varices, mais elle est forte, vive. Le père est gros, très vigoureux, arthritique sans doute, mais pléthorique, plutôt qu'anémique.

Cependant les deux sœurs aînées de notre fillette ont été anémiques, elles aussi, pendant les premiers mois et les deux premières années. Elles ont présenté toutes les deux, l'anémie des nourrissons dyspeptiques qui fait le sujet de cette thèse. Ces deux enfants très fortes, très

grosses, buvaient beaucoup trop de lait et elles présentaient en conséquence, des chairs molles, abondantes, mais avec pâleur des muqueuses et souffle dans les vaisseaux du cou.

Donc, on pourrait peut-être invoquer ici une prédisposition familiale que j'aurais tendance à rapporter à l'arthritisme.

ETIOLOGIE

L'étiologie de l'anémie des nourrissons est tout entière dans le tube digestif. Nous avons affaire dans le plus grand nombre des cas à des enfants nourris au biberon ou soumis à l'allaitement mixte dans les conditions les plus défectueuses. Un certain nombre d'enfants, supportent mal l'allaitement artificiel, les gastro-entérites sont fréquentes, les vomissements et la diarrhée se reproduisent à de courts intervalles, le poids de l'enfant reste stationnaire. Le médecin consulté après avoir traité les symptômes aigus de l'affection, se borne avec raison à prescrire seulement pour l'avenir, une méthode plus rigoureuse, une hygiène plus sévère. Il limite le nombre et la durée des repas, prescrit de les fixer à des intervalles réguliers, diminue la quantité totale du lait à ingérer dans une journée, puis s'étend longuement sur la nécessité qu'il y a de se procurer un lait de bonne qualité, sur l'importance d'une bonne stérilisation, l'indispensable propreté des récipients, qui doivent contenir l'aliment.

Ces conditions remplies devraient toujours suffire à assurer la guérison des troubles digestifs, l'expérience nous montre en effet, que le lait de vache pèche moins par sa composition chimique légèrement différente de celle du lait de femme que par son mode d'administration le plus souvent défectueux, et surtout par les altérations et les falsifications qu'il a subies. L'allaitement artificiel donne

d'excellents résultats, entre des mains expérimentées ou lorsqu'il est seulement soumis à une surveillance constante, témoins les gouttes de lait et les consultations de nourrissons. Mais l'ignorance et la pauvreté du milieu multiplient ses inconvénients, exagère ses points faibles. On achète de bon lait, mais on ne renouvelle pas sa provision et on donne du lait de la veille; on se procure du lait stérilisé, mais une bouteille ouverte, n'est consommée que dans les 48 heures.

On renouvelle la totalité du lait d'un biberon pour chaque tétée, mais on fait séjourner le biberon plusieurs heures dans une poche de vêtement, avant qu'il soit ingéré.

Pas plus l'égoïsme que la sollicitude maternelle ne résisteront aux cris de l'enfant, et les intervalles réguliers entre les tétées ne seront plus gardés.

On croit cependant avoir suivi les prescriptions du médecin, et cette illusion n'est pas abandonnée lorsqu'une nouvelle crise aigue apparaît. La diarrhée entraîne l'amaigrissement et pour « faire profiter » l'enfant, sans aucun souci, de la méthode et de l'hygiène « qui ne servaient à rien » on ajoute un litre de lait à la nourriture des 24 heures, sans omettre les soupes, la viande, le vin, l'alcool. Parmi les nombreux troubles qu'engendrent de telles fautes se trouve l'anémie.

Quelquefois l'enfant est au sein, mais la nourrice est insuffisante ou mauvaise. Il faut la changer une fois, plusieurs fois, ailleurs un certain nombre d'enfants, qui ont présenté une très bonne santé et une augmentation progressive de poids, déclinent et s'anémient, lorsque l'allaitement au sein exclusif est prolongé au delà de 15 ou 16 mois. L'alimentation pêche alors par insuffisance,

mais ces cas sont beaucoup moins nombreux que ceux, au contraire où la suralimentation est en cause. Un certain nombre d'enfants continuent après le sevrage, à absorber en outre, des aliments qu'on leur donne, un litre ou un litre et demi de lait par jour. L'abus du régime lacté chez des enfants assez grands pour bénéficier d'une autre alimentation, a pour conséquence des effets fâcheux. Il est commis en général à la suite d'un allaitement mixte établi trop tôt. L'enfant l'a mal supporté, il ne se développe pas convenablement avec ce régime, on prend alors le parti de supprimer les aliments et de donner exclusivement du lait bouilli ou stérilisé à discrétion. L'enfant prend alors jusqu'à deux litres de lait par jour, tantôt par petits repas rapprochés, une tasse toutes les deux heures, tantôt en quantité considérable (un demi litre) quatre fois par jour.

Cependant l'état s'aggrave, la constipation augmente, la pâleur est notable, des signes formels d'anémie se montrent : pâleur de la peau et des muqueuses, souffle dans les vaisseaux du cou. Le ventre se ballonne les selles sont fétides. La conséquence immédiate de la multiplicité des repas et de la substitution du lait à l'alimentation mixte a été l'aggravation de la constipation, de l'anémie, de l'amaigrissement, de la faiblesse. Si l'enfant conserve parfois de l'embonpoint et de la force, les nuits sont mauvaises, agitées de cauchemars, enfin son teint et ses muqueuses sont décolorés. D'une façon générale cet abus des liquides, cette suralimentation entraînent à leur suite la dilatation de l'estomac. Celle-ci se traduit par de la polydypsie et de la polyphagie, l'enfant ne cesse de boire et de manger. Mais bientôt l'estomac se révolte, tandis que la polydypsie s'accroît, l'appétit diminue et disparaît, à l'hyper-

pepsie a succédé l'atonie gastrique. C'est alors que l'anémie entre en scène.

En résumé, les causes habituelles de l'affection consistent le plus souvent, non dans une alimentation insuffisante, mais dans une alimentation défectueuse mal dirigée, enfin dans la suralimentation. L'allaitement artificiel, peut être surtout incriminé, parce que la plupart du temps, les précautions minutieuses qui doivent l'entourer ne sont pas prises et qu'une surveillance expérimentée fait défaut. L'allaitement mixte arrive au second rang dans l'étiologie, parce qu'il a en partie, les mêmes inconvénients que l'allaitement artificiel. Quant à l'allaitement au sein, il ne pêche qu'au moment du sevrage, soit que ce dernier soit fait brutalement, soit qu'au contraire il ait lieu beaucoup trop tard, de façon que la consommation exclusive du lait de la mère soit devenue pour l'enfant une nourriture insuffisante.

Enfin et surtout la suralimentation, l'usage d'aliments, avant le neuvième mois, celui de la viande, de fruits et du vin sont des facteurs importants parmi les causes de l'anémie dyspeptique.

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes sont ceux de l'anémie essentielle : Teinte à la fois pâle et verte qui donne aux téguments l'aspect de la cire vieille, les traits sont tirés, les yeux excavés, le facies exprime la langueur et la tristesse.

Le nourrisson anémique, partage avec le myxoédémateux, mais à un moindre degré que ce dernier, la regrettable qualité d'être « un enfant sage ». La faiblesse générale, l'impotence, se révèlent par le refus de l'enfant de se tenir debout ou de marcher. S'il n'a pas encore marché, l'époque de la marche se trouve considérablement retardée.

Les chairs sont molles et flasques, le corps est très souvent amaigri. Le ventre est souple, la paroi abdominale n'offre aucune résistance à la palpation.

Il arrive que le foie est hypertrophié et la rate volumineuse et l'on serait tenté de porter le diagnostic de lymphadénie splénique qui entraînerait un pronostic tout autre que celui de l'affection qui nous occupe.

L'absence de fièvre ou la chute prompte de la température, l'examen du sang qui fait conclure à l'absence de leucocytose, fixent définitivement le diagnostic. La rate

peut être énorme sans qu'il y ait excès de globules blancs dans le sang. L'anémie avec splénomégalie est susceptible de guérison comme l'anémie simple (observation tirée des archives de médecine des enfants).

La numération des hématies faite dans deux des cas que nous avons rapportés a donné dans l'un 1.800.000. dans l'autre 2.500.000 ce qui prouve que le chiffre des globules rouges peut tomber très bas. Mais cette insuffisance globulaire est susceptible de disparaître promptement sous l'influence d'une hygiène convenable et d'un régime approprié qui rétablira les fonctions digestives.

Les altérations globulaire sont rares ou à peine sensibles mais malgré le peu d'intensité de l'anémie il est facile de noter dans la plupart des cas, le souffle systolique de la base et le bruit de diable dans les vaisseaux du cou, bruit continu avec renforcement, à timbre musical. Cependant si l'intensité de ces bruits n'est pas proportionnelle au degré de déglobulisation, il y a corrélation étroite entre eux et l'anémie, ils disparaissent avec elle et en même temps que les troubles digestifs qui l'ont provoquée.

Ceux-ci sont constants. Aux gastro-entérites aiguës, qu'on décèle facilement à l'origine de l'anémie, ont succédé les symptômes d'une dyspepsie chronique, car si les troubles intestinaux, tiennent le premier rang, au début de l'affection et paraissent seuls la provoquer, les troubles gastriques au contraire sont plus manifestes à la période d'anémie confirmée. L'inappétence est de règle, la plupart des enfants refusent de manger ; aucun aliment ne leur convient et on ne sait que leur donner, ou

bien ils en n'acceptent qu'un seul, souvent d'une valeur nutritive insuffisante, ressemblant par ce côté, aux anémiques de la chlorose affectant une prédilection spéciale, pour les salades vinaigrées et les fruits acides à l'exclusion de tous les autres aliments.

La constipation se rencontre beaucoup plus souvent que la diarrhée, surtout chez les enfants alimentés avec du lait de vache, parfois des vomissements se produisent à intervalles irréguliers survenant assez longtemps après le repas, exhalant une odeur aigre et dans lesquels on trouve des aliments pris la veille. (Observation VI). Des accidents de cette nature, révèlent nettement un état d'asthénie gastrique très accusé. D'ailleurs les signes de la dilatation d'estomac, se trouvent presque toujours au complet : Le ventre est gros et météorisé. La percussion fait entendre dans toute la région épigastrique, un son tympanique, dont la région précordiale fixe la limite supérieure, tandis qu'à la partie inférieure, il dépasse souvent l'ombilic. Si l'on fléchit les cuisses sur le bassin, et qu'on percute d'une façon saccadée la région épigastrique à condition toutefois que l'enfant ait pris une petite quantité de liquide, on note le bruit de clapotage gastrique, sur une étendue proportionnelle à la dilatation.

L'examen du suc gastrique pratiqué dans des cas analogues à ceux que nous avons observés, n'a pas donné des résultats constants, tantôt il existe une notable diminution de l'acide chlorhydrique, tantôt l'acidité totale est augmentée, grâce aux acides de fermentation, tel que l'acide acétique seul capable de donner aux vomissements leur odeur aigre, puisque l'acide chlorhydrique est inodore.

Les gaz, les renvois acides, les selles fétides complètent le tableau, des symptômes d'intoxication gastro-intestinale.

L'enfant cesse de croître et d'augmenter de poids, il perd ses forces. Si l'on veut forcer l'alimentation on provoque des vomissements et un dégoût plus profond pour les aliments, on aggrave l'état général, en fatiguant un estomac incapable de faire face à une surcharge alimentaire et à une augmentation du travail mécanique.

PATHOGÉNIE

Les observations cliniques démontrent nettement que l'anémie qui nous occupe est sous la dépendance directe des troubles digestifs qui l'accompagnent ou l'ont précédée. Ces symptômes sont parallèles dans leur évolution ; l'intensité de l'anémie varie proportionnellement avec l'intensité des troubles gastriques, sa régression ou son aggravation coexistent avec leur régression ou leur aggravation. Le rapport de cause à effet est évident.

Cependant il est très difficile de saisir au point de vue théorique, les liens étroits qui relient aux troubles gastro-intestinaux les lésions hématiques, et la pauvreté globulaire. Et pourquoi d'abord tel enfant mal nourri ou suralimenté échappe-t-il à l'affection, tandis que tel autre, dans l'alimentation duquel un examen minutieux ne découvre que des fautes très légères, tombe dans une anémie profonde sinon grave ?

Pourquoi les mêmes abus alimentaires, suivis des mêmes lésions gastro-intestinales, laissent-ils un enfant pâle et anémique, mais gras, joufflu, vigoureux tandis qu'ils en conduisent rapidement un autre à l'athrepsie ou au rachitisme ?

Pourquoi ces mêmes causes produisent-elles des effets

si différents, s'attaquant parfois à la circulation, troublant ailleurs les phénomènes intimes de l'assimilation, lésant ici l'appareil nerveux comme dans le cas de tétanie et de spasmes de la glotte, provoquant ailleurs des troubles cutanés à répétition qui pourront comme le prurigo, se perpétuer jusqu'à l'âge adulte ?

S'agit-il enfin d'un simple trouble de l'assimilation résultant d'une nutrition incomplète et qui entraîne à sa suite une hématoze insuffisante ? Sommes-nous au contraire en présence d'une véritable intoxication, par production de toxines qui mises en liberté dans le sang, procéderaient elles-mêmes à l'altération ou à la destruction des globules ?

Autant de questions, qu'il ne nous est permis que de poser, en laissant à la chimie biologique le soin d'y répondre.

Restreignant notre observation à la pure clinique, nous avons seulement le droit de conclure, que *toute la pathologie de l'enfance gravite autour du tube digestif*, que parmi les troubles susceptibles de succéder à une alimentation vicieuse, se trouvent des lésions de tout ordre portant sur tous les appareils, qu'enfin chez le nourrisson, l'anémie à l'origine de laquelle on trouve souvent chez l'adulte des troubles gastriques, se trouve pour ces raisons, encore plus fréquemment et plus sûrement une anémie d'origine dyspeptique.

PRONOSTIC

L'anémie peut rester des mois, sans s'aggraver, ni s'améliorer. Elle n'a d'ailleurs aucune tendance à revêtir un caractère pernicieux et sa gravité consisterait surtout dans l'état de réceptivité où elle place l'organisme. L'insuffisance de la digestion réduit le taux des matières assimilables, les fermentations putrides en détruisent encore une partie, comme conséquence les tissus sont imparfaitement réparés, l'organisme est rendu plus vulnérable. Le pronostic est celui de la dyspepsie par dilatation, tel que l'indique M. le docteur Comby dans le traité des maladies de l'enfance.

« La dilatation de l'estomac est une maladie essentiellement chronique dont l'évolution n'est pas régulière. Souvent ce n'est qu'une maladie virtuelle, l'enfant a un mauvais organe et il n'en éprouve que peu d'inconvénients, quand son régime est bon et son hygiène satisfaisante. Mais si la maladie ne se présente pas avec des allures inquiétantes, elle a une durée indéterminée et la guérison radicale est problématique. Elle crée un état permanent d'imminence, d'opportunité morbide, et on doit se demander, si elle n'est pas favorable à la production de maladies plus graves, si elle ne prépare pas le terrain, aux

invasions microbiennes, comme aux processus diathésiques ».

En résumé l'anémique ne meurt pas d'anémie. Son affection le placera seulement dans un état de réceptivité plus grande et de moindre résistance. Le germe infectieux trouvera dans son organisme un terrain préparé et propre à son évolution.

Mais si les causes et la nature des accidents sont vite reconnues, si l'on traite ces causes et que la dyspepsie s'amende, l'état général s'améliore vite. Le pronostic est en somme favorable dans la plupart des cas, il suffit qu'on traite la dyspepsie, par une alimentation convenable et une hygiène appropriée. Le pronostic serait assombri au contraire par une thérapeutique de symptômes qui s'adresserait directement à l'anémie, la suralimentation, par exemple, établie en pareil cas, irait à l'encontre de l'effet désirable.

Pour traiter l'anémie, il est indispensable d'en diagnostiquer l'origine.

DIAGNOSTIC

L'anémie est en effet évidente, mais d'où vient-elle ? C'est ici que les recherches du clinicien peuvent s'égarer. Les troubles dyspeptiques, peuvent en effet ne pas s'accuser aussi nettement que nous l'avons décrit au chapitre des symptômes.

D'une part l'entourage omet volontairement dans les renseignements qu'il fournit une partie des troubles fonctionnels, ce qui s'explique par ce fait, que la suralimentation étant le plus souvent en cause, la mère croit avoir d'autant mieux nourri son enfant, qu'elle lui a donné plus à manger. D'autre part les signes physiques sont incomplets au moment de l'examen. Le clapotage gastrique existe bien mais le médecin y attache peu d'importance. Son attention est attirée plutôt par un léger degré de rachitisme qui accompagne parfois l'anémie, sans pour cela, l'avoir provoquée ; où bien quelques signes légers à l'auscultation des poumons lui font craindre l'imminence d'une tuberculose.

Cependant il n'existe aucun antécédent héréditaire, ni collatéral, d'ailleurs l'état d'anémie existe depuis 3 ou 4 mois, et l'enfant pour être plus faible, quelquefois

plus maigre, n'a pas notablement dépéri, et il ne tousse pas, il n'a pas de fièvre.

S'agit-il de syphilis ? Mais les parents sont bien portants la mère n'a jamais eu de fausses couches ou d'accouchement prématuré, d'ailleurs l'enfant est venu à terme, sans lésions, pesant le poids normal.

Actuellement, on ne note sur la peau et les muqueuses, aucun stigmate de syphilis, le coriza n'existe pas et le faciès d'anémique que présente l'enfant n'a pas le cachet spécial que lui impriment le teint bistré, la peau parcheminée, dans le cas de syphilis fruste sans autres symptômes.

Cependant la palpation et la percussion ont décelé une rate grosse, un foie congestionné. L'examen du sang qui révèle une simple diminution du nombre des hématies, sans déformations globulaires notables, sans production de cellules rouges à noyaux, sans leucocytose, fait abandonner, le diagnostic d'anémie pseudo-leucémique.

Il reste l'anémie paludéenne, mais les antécédents de l'enfant sont négatifs sur ce point.

C'est alors qu'il est nécessaire de multiplier les questions, d'entrer dans les plus petits détails concernant l'alimentation, l'hygiène de l'enfant, et son régime habituel et l'on retrouve bientôt l'enchaînement naturel des accidents d'abord intestinaux puis gastriques qui ont conduit insensiblement « à l'arrêt de la croissance, à l'amaigrissement à la perte des forces et de la gaieté infantile. »

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT

La prophylaxie de l'anémie des nourrissons est tout entière dans un bon allaitement, sans en donner les règles, nous signalerons seulement les fautes principales, le plus souvent commises et que nous avons notées au cours de nos observations.

Dans l'allaitement au sein, les fautes sont la plupart du temps réparables, n'entraînent aucune conséquence grave, elles consistent presque toujours dans la trop grande fréquence ou l'irrégularité des tétées. Les troubles gastro-intestinaux qui s'en suivent, ont une origine mécanique à laquelle il est facile de remédier en diminuant et en réglant l'alimentation. L'hygiène, l'état de santé de la nourrice, sont également des facteurs dont on doit tenir compte pour bien diriger l'alimentation. Les émotions morales violentes, l'abus des boissons excitantes, surtout de l'alcool, le rétablissement de la menstruation influent notablement sur la qualité du lait et nécessitent même parfois l'abandon de l'allaitement naturel. Mais il est exagéré de croire, qu'un seul de ces accidents doive infailliblement dans tous les cas avoir de telles conséquences. De même l'opinion généralement admise, que la nourrice devenue enceinte ne donne plus que du mauvais lait, est erronée, et en telle occurrence, on devras s'assurer

avant de sevrer l'enfant, que le sein était réellement insuffisant ou défectueux. Enfin l'allaitement naturel n'est vraiment contre-indiqué, que dans certains états pathologiques graves, tuberculose avec fièvre, cardiopathies mal compensées, et c'est à tort qu'on l'a condamné, dans l'albuminurie et l'éclampsie. Une série d'observations rapportées par Monsieur le professeur Budin lui permettent de conclure en ces termes :

« Nous concluerons de toutes nos observations que contrairement à l'opinion formulée autrefois, les femmes qui ont de l'albuminurie de la grossesse, même celles qui ont eu des attaques d'éclampsie peuvent nourrir leurs enfants.

Souvent la disparition de l'albumine a lieu rapidement et l'allaitement se poursuit sans rien présenter de particulier. Quand l'albumine persiste, ce qui est exceptionnel, l'allaitement peut néanmoins être continué et la guérison définitive de la mère n'en paraît pas empêchée..... »

En résumé le lait de la mère constituant pour l'enfant la nourriture de choix, l'allaitement naturel sera la première et la plus importante mesure prophylactique prise contre la dyspepsie et l'anémie consécutive ; il convient donc, comme nous venons de le voir, d'en restreindre les prétendues contre-indications dont on a souvent abusé pour excuser l'établissement d'un allaitement artificiel intempestif, mais qui satisfaisait mieux les vues de l'entourage.

Or l'allaitement artificiel lorsqu'il n'est pas soumis à la surveillance constante du médecin, expose à des accidents

fréquents qui le rendent éminemment défavorable, ces accidents résultent des difficultés qu'il y a de se procurer un bon lait, ainsi que de celles qui consistent à bien l'administrer.

Le lait vendu à Paris est presque toujours de mauvaise qualité. Une statistique rapportée par Monsieur le professeur Budin, nous fait connaître la quantité de beurre par litre contenue dans 20 échantillons, chacun d'eux ayant été prélevé dans des débits d'un des 20 arrondissements de la capitale. Les résultats sont concluants : Jamais la quantité de beurre ne correspondait à la normale (40 gr.) six fois seulement, il y avait plus de 30 grammes de beurre. Quatorze fois il y avait moins de 30 grammes et dans certains arrondissements, on ne trouvait que 19, 17 et même 13 grammes. Il n'y avait donc au total que six échantillons de lait médiocre, pour quatorze d'un liquide qui ne peut être considéré comme du lait au point de vue hygiénique.

En admettant encore qu'on obtienne un lait pur, n'est-il pas nécessaire alors de tâtonner, pour trouver la forme sous laquelle l'aliment est le plus assimilable, lait pur, lait coupé, lait pasteurisé, lait bouilli, lait stérilisé, de mitiger les régimes, de régler les quantités suivant les besoins et les réactions de l'organisme. En un mot ne trouve-t-on pas là un cortège de difficultés qui n'ont pas de raison d'être avec l'allaitement naturel ?

De ces considérations il résulte que l'allaitement artificiel est un pis-aller auquel on ne devra se résoudre, que dans les cas d'absolue nécessité.

Nous ne voulons cependant pas incriminer le biberon,

comme l'origine de toutes les dyspepsies infantiles. Les résultats obtenus avec ce mode d'allaitement bien dirigé peuvent être non seulement satisfaisants mais remarquables nous avons pu les apprécier nous-mêmes à la consultation des nourrissons de la Clinique Tarnier où la morbidité et la mortalité des enfants nourris au biberon tombe à un chiffre extrêmement faible. L'explication de ces résultats est tout entière, d'une part dans la surveillance éclairée et pleine de zèle qui préside à l'alimentation des deux premières années et au sevrage, d'autre part dans la garantie absolue qu'offre au point de vue de sa qualité, et de sa stérilisation, le lait distribué à la consultation même.

Chaque enfant est vu chaque semaine, la quantité de lait qu'il a reçu est inscrite, son poids enregistré, sa courbe tracée, chaque mère sait d'avance que les fautes commises par elle dans la façon d'alimenter son enfant seront reconnues, elle sait aussi, que dans le cas contraire les encouragements ne lui manqueront pas.

Elle s'applique ainsi à observer strictement les règles qu'on lui a prescrites. Dans de telles conditions l'allaitement artificiel peut évidemment produire des enfants qui rivaliseront de poids et d'aspect avec les beaux nourrissons formés au sein.

Sevrage. — Un allaitement défectueux a pu pendant les premiers mois créer une dyspepsie chronique et engendrer l'anémie, mais ce cas est le moins fréquent et c'est le sevrage qui devient pour l'enfant l'époque la plus critique. Nous avons indiqué les fautes fréquemment

commises à cette période, comment doit-on les éviter ? Quand doit-on sevrer ? Comment doit-on sevrer ?

Quelques médecins conseillent de sevrer les enfants de bonne heure, dans la première année à dix, onze ou douze mois. Ils prétendent qu'un enfant qui prend trop longtemps le sein, finit par s'affaiblir, par refuser la nourriture plus substantielle qu'on lui présente, loin de profiter il pâtit d'un allaitement trop prolongé. Les mêmes auteurs affirment qu'à l'approche du douzième mois, les nourrices sont fatiguées, ne fournissent plus de lait en quantité suffisante, que ce lait s'appauvrit. Il y a avantage pour la nourrice comme pour le nourrisson à pratiquer le sevrage. Ces assertions sont fondées si l'enfant est nourri exclusivement au sein jusqu'au douzième mois et après le douzième mois, il trouvera alors dans la mamelle un aliment insuffisant, et il dépérira. Nous aurons ainsi des anémiques par alimentation insuffisante, qui tout en conservant parfois de l'embonpoint, présenteront les chairs molles, les os faibles et le teint pâle caractéristique. Mais le sevrage peut être tardif, sans que l'allaitement exclusif soit poussé aussi loin, à partir du dixième mois même du neuvième, il convient *non pas de sevrer l'enfant* mais d'aider la nourrice, en ajoutant au sein un supplément de nourriture, du lait de vache, des bouillies. Il y a en somme continuation de l'allaitement qui, de naturel est devenu mixte. Pendant la seconde année le lait continue à exercer son action bienfaisante, il aide à tolérer, à digérer les aliments solides qu'on commence à donner à l'enfant.

Le sevrage devra donc être tardif (18, 20 mois, même

deux ans) établi avant ou après l'été. Les aliments qui doivent suppléer au lait féminin et en particulier le lait de vache sont exposés à cette époque de l'année, à des fermentations, à des altérations spontanées qui troublent profondément la digestion, donnent la diarrhée, les vomissements et conduisent parfois à une entérite mortelle.

Le sevrage ne doit pas être brusque ; un enfant est aujourd'hui au sein, il tette à discrétion, demain la nourrice sera éloignée, le sein entièrement et définitivement supprimé.

Un régime nouveau est établi sans transition, la fonction n'a pas eu le temps de préparer l'organe et on aboutit ainsi à des gastro-entérites, qui peuvent prendre un caractère important de gravité.

Le sevrage doit être gradué, ménagé, on commence par réduire peu à peu le nombre des tétées, en augmentant parallèlement la quantité d'aliments étrangers donnés à l'enfant. — On supprime une tétée, puis deux, puis trois par jour ; quand l'enfant arrive à ne téter qu'une fois en 24 heures, alors on peut le sevrer sans danger.

Le sevrage sera d'autant plus inoffensif, que le lait féminin sera remplacé par du lait d'animal ; le lait devant rester après le sevrage, la base de l'alimentation du jeune enfant. Un autre avantage du sevrage graduel c'est de pouvoir revenir sur ses pas si l'enfant dépérit. Tout danger est ainsi écarté. Le régime végétarien, succédera peu à peu au régime lacté exclusif sans le remplacer complètement.

Après le sevrage, la quantité d'aliments solides sera accrue dans une sage progression.

On doit donner la viande le moins possible et le plus tard possible en commençant par les viandes blanches, on ne la donnera qu'à un seul repas. L'enfant devra être surtout végétarien jusqu'à 3 ans, jusqu'à cet âge on s'abstiendra également de vin, eau rougie, cidre, bière, thé café et de toute boisson alcoolique ou excitante.

La boisson ordinaire sera l'eau ou plutôt le lait. On en donnera d'autant moins que l'enfant sera sevré depuis plus longtemps et qu'il prendra une plus grande quantité d'aliments solides. En général la quantité totale du lait consommé dans la journée ne devra pas excéder un demi-litre afin de ne pas introduire dans l'estomac de l'enfant les substances alimentaires sous un trop gros volume.

En résumé, allaitement naturel par une bonne nourrice, pendant un temps suffisant, ou à la rigueur allaitement artificiel avec de bon lait, stérilisé avec soin, à la condition qu'une surveillance éclairée dirige cet allaitement ; sevrage tardif, gradué, ménagé, tels sont les moyens de prophylaxie de l'anémie des nourrissons.

Mais l'affection une fois reconnue quel en sera le remède. Nous aurons à considérer deux ordres de moyens : 1° les moyens hygiéniques et les médicaments. Les premiers tiendront la première place dans le traitement, car en raison du jeune âge de l'enfant, leur rôle doit primer celui des médicaments.

Le régime alimentaire avant tout, est à surveiller, on donnera à l'enfant des aliments tendres et riches en principes assimilables, et on les présentera sous un petit volume.

Le lait, s'il doit faire la base de l'alimentation au moment

du sevrage, ne peut plus suffire pour la « ration de croissance » qu'exige un enfant sevré, il tient trop de place, il est trop aqueux. On trouvera facilement le moyen de faire prendre à l'enfant, 50 gr. de sucre, 40 gr. de beurre et d'albuminoïde, sous un volume inférieur à un litre. On en réduit donc la quantité. Au lieu d'un litre, un litre et demi, deux litres conseillés parfois, on conseillera un demi-litre par jour. En cas de soif vive, fréquente dans les dyspepsies de cette nature, on pourrait permettre un peu d'eau d'Evian ou d'Alet. Pas de boissons fermentées pas de vin de quinquina auquel les parents inquiets de l'anémie ne manqueront pas d'avoir recours.

Les farineux, les féculents tiendront une large place dans l'alimentation. On usera peu des spécialités sucrées qui employées sans mesure sont insuffisamment alimentaires et échauffantes.

On donnera les panades et potages épais au pain grillé, aux pâtes, au tapioca, à la semoule, les bouillies de farine de blé, d'orge, de riz, d'avoine. La farine d'avoine convient quand l'enfant est constipé, la farine de riz dans le cas contraire. Les œufs constituent un excellent aliment à condition d'être peu cuits, on les donnera mollets, mélangés aux panades. On ne saurait trop conseiller les purées de légumes secs (pois, haricots, lentilles, châtaignes, pommes de terre) en donnant la préférence aux graines des légumineuses plus riches en principes nutritifs que les graines des graminées. Ces légumes bien cuits réduits en purée sont des aliments de premier ordre, cependant leur usage exclusif risquerait d'entraîner la constipation, on devra donc ajouter des légumes

verts, cuits, épinards, salades, des fruits cuits, qui agiront d'autre part, comme de légers laxatifs et maintiendront ainsi l'équilibre des fonctions digestives. Pas de viande crue ou cuite jusqu'à 3 ans. A partir de cet âge, on pourra donner les cervelles, riz de veau, quenelles, poissons, viande blanche hachée. En somme le régime doit être surtout végétarien tout en étant fortement azoté (les graines des légumineuses contenant plus d'azote que la viande).

On prescrira quatre repas par jour; la rareté des repas et les intervalles de repos qui en résultent pour l'estomac sont de bonnes conditions pour assurer le fonctionnement de l'organe.

« *Premier repas* à sept ou huit heures du matin; un œuf à la coque, une panade ou un potage épais, ou une petite tasse de lait.

Deuxième repas vers midi: une purée de légumes secs, une cuillerée de chicorée cuite ou de marmelades de pommes, une tasse de lait.

Troisième repas à trois ou quatre heures: une bouillie, potage ou œuf, une tasse de lait.

Quatrième repas à sept heures, une purée fruits cuits, tasse de lait.

A un an l'enfant peut manger un œuf par jour; à dix-huit mois deux œufs; à deux ans, trois. Ces œufs seront frais et peu cuits: à la coque, brouillés, sur le plat, au lait, etc.

Avec le régime alimentaire ainsi déterminé, il faut prescrire les sorties et promenades au grand air, la vie à la campagne quand cela est possible. En été, le séjour sur

les bords de la mer, à Berck par exemple, peut rendre de très grands services et activer la guérison si elle se fait attendre. En automne, au mois d'octobre, par exemple Biarritz est préférable. Dans cette dernière station, l'influence bienfaisante du grand air et de la brise marine pourra se doubler de l'action stimulante et reconstituante des bains salés de Briscous. L'hiver on se trouverait bien d'un séjour à Cannes, Menton, Juan-les-Pins, St-Raphaël, Beaulieu.

Quand l'enfant ne peut être déplacé, on lui fera prendre au moins deux ou trois fois par semaine un bain salé de quinze à vingt minutes, avec un kilogramme de chlorure de sodium.

Comme médicaments pharmaceutiques, peu de chose. Cependant il faut se rappeler qu'il y a habituellement de la dyspepsie atonique, de la constipation, de l'anorexie, etc. On prescrit alors des alcalins, de la strychnine, de la magnésie, etc. On y ajoute un peu de fer quand l'anémie est très prononcée.

Voici quelques formules :

Bicarbonate de soude.....	0,25
Magnésie calcinée.....	0,20
Poudre de cannelle.....	0,15
Protoxalate de fer.....	{ aa. un centigr.
Poudre de noix vomique	

Pour un paquet n° 20. En prendre deux par jour dans une cuillerée à café de lait ou d'eau sucrée pendant six jours (enfant de deux ans).

Bicarbonate de soude.....	0,20
Salicylate neutre de bismuth.	}aa 0,15
Benzonaphtol	
Protoxalate de fer	0.01

Pour un paquet n° 15. En prendre deux par jour (enfant de 15 mois ayant de l'anémie dyspeptique avec diarrhée et selles fétides).

Bicarbonate de soude.....	0.20
Graie préparée.....	0.15
Pepsine	0.10
Poudre de semences d'anis :	0.05
Poudre de noix vomique :	0.005 milligr.

Pour un paquet n° 14. En prendre deux par jour. (Enfant de 15 à 18 mois ayant du tympanisme, des renvois gazeux, etc.).

Quand l'anémie est très prononcée, on force la dose de protoxalate de fer (2 centigrammes par jour et par année d'âge). Toutes ces poudres ne seront prescrites que temporairement, on en suspendra l'usage au bout de cinq, huit ou dix jours, et on ne les reprendra qu'après un repos d'égale durée.

Dans les cas graves où l'anémie est compliquée d'engorgement du foie et de la rate, ou la toxi infection gastro-intestinale semble avoir retenti sur les glandes annexes du tube digestif, on insistera sur l'antiseptie intestinale, (calomel à doses fractionnées, 1 à 2 centigrammes, quatre à cinq fois par jour ; lavages de l'intestin) et on pourra songer à l'emploi des injections sous-cutanées de fer. Chlorure double de fer et de quinine suivant la formule de M. Mousnier par exemple :

Chlorure double de fer et de quinine 10 centigr.
Véhicule stérilisé. Q.S. pour 10 centimètres cubes.

Une seringue de Pravaz par jour.

On réservera ces injections, comme les injections de serum artificiel, de lécithine, de jaune d'œuf pour les cas graves et d'apparence pernicieuse.

On fera toujours grande attention à la constipation et on la combattra non seulement par le régime (salades cuites, fruits cuits) mais aussi par les suppositoires glycé-
rinés, et au besoin par les petits lavements de glycérine pure, une cuillerée à café donnée à l'aide d'une seringue de cette contenance, à monture en caoutchouc durci et à canule indépendante ».
(COMBY).

Les inhalations d'oxygène seront indiquées dans les cas graves accompagnés de troubles respiratoires. L'anémie peut en effet s'accuser au point de troubler l'hématose. La quantité d'oxygène contenue dans l'air s'y trouve sous une pression trop faible, pour se combiner, dans une proportion suffisante aux nécessités de l'organisme, à des globules trop rares et trop pauvres en hémoglobine. Les mouvements respiratoires s'accélèrent pour rendre plus fréquents les échanges entre l'air et le sang. On ne les ramène à leur rythme normal, qu'en offrant aux poumons, une atmosphère plus riche en oxygène qui fixera plus complètement l'hémoglobine disponible.

CONCLUSION

1° Il existe chez le nourrisson une anémie qui résulte de troubles dyspeptiques provoqués par une alimentation vicieuse. (Allaitement artificiel non surveillé, mauvaise qualité du lait, irrégularité des repas, suralimentation ; usages des aliments solides avant neuf mois, des boissons excitantes, de l'alcool, allaitement naturel insuffisamment prolongé. Sevrage prématuré et brutal, abus du lait après le sevrage).

2° Cette anémie est beaucoup plus fréquente chez les nourrissons que celles de la tuberculose, de la syphilis, du paludisme, de la lymphadénie.

3° La forme de dyspepsie qui l'accompagne est surtout l'atonie gastrique par dilatation.

4° Les enfants qui en sont atteints présentent tous les symptômes de l'anémie essentielle : Pâleur des muqueuses, décoloration des téguments, faiblesse générale, diminution du nombre des globules rouges du sang, bruit de diable dans les vaisseaux du cou, quelquefois hépato et splénomégalie ; parallèlement à l'anémie existent des troubles gastriques qui ont contribué à la produire et qui l'entretiennent : Inappétence, Constipation, Clapotage gastrique dilatation d'estomac.

5° Le pronostic est bénin, l'affection n'a aucune tendance à revêtir un caractère pernicieux, son importance tient à ce qu'elle crée un état d'opportunité morbide qu'elle prépare le terrain et le rend favorable à l'éclosion de maladies plus graves.

6° Le diagnostic est à faire avec les anémies: syphilitique, tuberculeuse, palustre, pseudo leucémique qui comportent toutes un pronostic plus grave, et chacune un traitement différent.

7° La prophylaxie est tout entière dans un bon allaitement. L'enfant doit être nourri au sein par une bonne nourrice pendant un temps suffisant. L'allaitement artificiel n'est qu'un pis-aller auquel on ne devra se résoudre qu'en cas de nécessité ou de contre-indication absolue de l'allaitement au sein (les contre-indications sont rares).

L'enfant ne doit prendre aucun aliment solide avant le neuvième ou le dixième mois. Le sevrage doit être tardif et gradué.

8° La thérapeutique sera surtout hygiénique, elle comportera :

La réduction du nombre des repas à quatre par 24 heures.

La réduction de la quantité de lait à un demi-litre par jour.

Le choix des aliments qui seront tendres, riches en principes assimilables et présentés sous un petit volume.

La prescription de médicaments destinés à réveiller l'activité gastrique et à maintenir libres les voies digestives.

L'administration du fer (protoxalate) à la dose de un centigramme par année d'âge.

Vu par le président de la Thèse :

BUDIN.

Vu par le Doyen :

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD.

ANGOULÈME. — IMPRIMERIE L. COQUEMARD

